MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

The Impact of Training Mothers of Autistic Children for Effective Communication Skills on Social Skills Improvement in Autistic Children

Mansuore Baghban Vahidi[1], Abbas Ali Hossein Khanzadeh [2], *Nahid Nedaee[3]

Author Address
1. MA in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran;
3. MA in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
***Corresponding Author Address**: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan.
***E-mail:** nahid.nedaee@gmail.com

Received: 2016 February 21; **Accepted:** 2016 July 8

Abstract

Objective: Children with autism spectrum disorder are faced with numerous problems in social skills. This study was conducted to assess the impact of training the parents of children with autism spectrum disorder for effective communication skills on social skills improvement in children with autism spectrum disorder.

Methods: The present study used a pretest-posttest control-group quasi-experimental design. Purposive sampling was used to recruit 24 participants from among the mothers of autistic children between 4 and 13 years of age visiting Tehran Autism Center in the school year 2015-2016. The participants were assigned to experimental and control groups randomly. Following the pre-test the experimental group received 8 sessions of effective communication skills training. The research instrument was the Social Skills Questionnaire—Parent (SSQ-P) (Gresham and Elliott, 1990). At the conclusion of the sessions, both groups took the post-test. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The results showed that children of the mothers in the experimental group had a better performance in terms of social skills compared with children of the mothers in the control group (p<0.001). In the experimental group, the mean and standard deviation of social skills were obtained as 21.75 and 3.74 for the pre-test and 31.27 and 22.92 for the post-test respectively; but in the control group, the mean and standard deviation were 22.58 and 1.62 for the pre-test and 22.92 and 1.62 for the post-test respectively.

Conclusion: According to the results, it can be concluded that training the parents of children with autism spectrum disorder for effective communication skills can be used for the development of intervention programs for autistic children.

Keywords: Autism, Effective Communication, Social Skills.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان

منصوره باغبان وحیدی[۱]، عباسعلی حسین‌خانزاده[۲]، *ناهید ندائی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم‌انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه گیلان، دانشکدهٔ ادبیات و علوم‌انسانی، گروه روان‌شناسی.

***رایانامه:** nahid.nedaee@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲اسفند۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸تیر۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مهارت‌های اجتماعی با مشکلات فراوانی روبه‌رو هستند. پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع شبه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان مادران کودکان ۴ تا ۱۳ ساله مبتلا به اوتیسم از مرکز اوتیسم تهران در سال تحصیلی ۹۵ـ۱۳۹۴، ۲۴ نفر برحسب شرایط ورود به پژوهش، انتخاب‌شده و به‌شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس‌از انجام پیش‌آزمون به‌کمک پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی کودکان پیش‌از دبستان، فرم والدین گرشام‌والیوت ۱۹۹۰، به گروه آزمایش طی ۸ جلسه، مهارت‌های ارتباط مؤثر آموزش داده شد. در پایان، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کوواریانس، تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که کودکان گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل ازنظر میزان مهارت‌های اجتماعی عملکرد بهتری داشتند ($p<۰/۰۰۱$). در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی در پیش‌آزمون به‌ترتیب ۲۱/۷۵ و ۳/۷۴ و در پس‌آزمون ۳۱/۲۷ و ۲۲/۹۲ به دست آمد؛ ولی در گروه کنترل میانگین و انحراف استاندارد آن در پیش‌آزمون ۲۲/۵۸ و ۱/۱۶ و در پس‌آزمون ۲۲/۹۲ و ۱/۶۲ بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، می‌تواند در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای این کودکان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اوتیسم، ارتباط مؤثر، مهارت‌های اجتماعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

۱ مقدمه

اختلال طیف اوتیسم[1] اختلال شایع عصبی‌تکاملی بوده و شیوع آن در ایران ۶/۲۶ در هر ۱۰۰۰۰ کودک است (۱). از ویژگی‌های این بیماری می‌توان به نقص مداوم در ارتباطات اجتماعی و تعامل اجتماعی درزمینه‌های متعدد و الگوهای تکراری و محدود در رفتار و منافع و فعالیت‌ها، اشاره کرد (۲). اختلالات ادراک و ارتباطات و پردازش حسی و عصبی در این افراد به محدودیت‌های مختلف رفتار عملکردی، در آن‌ها منجر می‌شود (۳). کودکان مبتلا به این اختلال در درک یا پردازش اطلاعات، به‌خصوص هنگام پاسخ‌دهی به موقعیتی پیچیده با مشکلاتی روبه‌رو هستند (۴). درحقیقت، اختلال در تعامل اجتماعی از نقایص اصلی کودکان مبتلا به اوتیسم شناسایی شده است. بیشتر آن‌ها قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی و مهارت‌های تجربی نبوده و در تجربیات ارتباطی نمی‌توانند از ابزارهای کلامی و نوشتاری استفاده کنند (۵). همهٔ این افراد دچار اختلال در تخیل هستند و جهان برای آن‌ها مکانی گیج‌کننده و گاهی ترسناک به نظر می‌رسد (۶). آن‌ها نمی‌آموزند که چگونه فقط با مشاهدهٔ مردم یا شرکت در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، روابط اجتماعی معنادارتری داشته باشند. به‌نظر می‌رسد که این افراد، فاقد اصول هدایت‌کننده برای کسب دانش اجتماعی لازم برای خود هستند (۷). در حدود یک‌سوم افراد مبتلا به این اختلال نیز درجات مختلفی از مشکل یادگیری را دارند (۶). بااین‌حال، آن‌ها برای یادگیری بسیار باانگیزه بوده و می‌توانند تعامل اجتماعی و مهارت‌های خودتنظیمی را بیاموزند. کار با این کودکان لذت‌بخش است. آن‌ها معمولاً مشتاق یادگیری مهارت‌هایی هستند که به تطبیق آن‌ها با جمع کمک کند و. در راه یادگیری تنها دچار موانع معدودی می‌شوند (۷).

باتوجه به آنچه گفته شد، کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم برای سازگاری در آموزش رسمی و به‌طورکل در تربیت، نیازمند مراقبت ویژه هستند (۸). پژوهشگران به‌اجماع معتقدند که مداخلهٔ زودهنگام برای این گروه از کودکان مفید است (۱۰،۹). تلاش برای پیداکردن مداخلات بهتر به‌منظور بهبود مهارت‌های ارتباط و تعامل اجتماعی در فرد مبتلا به اوتیسم بسیار مهم است (۲). تاکنون تمرکز بر خود افراد مبتلا به این اختلال بوده است. بااین‌حال، تعامل اجتماعی شامل شرکای اجتماعی بوده و شرکا در هرگونه مشکل درارتباط متقابل سهیم هستند. درنهایت روابط متقابل اجتماعی و صلاحیت، نه‌تنها به افراد مبتلا به اوتیسم، بلکه به افراد ازنظر عصبی سالم در جامعه نیز بستگی دارد (۱۱).

ازسوی‌دیگر اهمیت نقش والدین در زندگی کودکان مفهومی تازه و تعجب‌برانگیز نیست؛ زیرا والدین همیشه مراقب، آموزش‌دهنده و عاملی ضروری برای رشد اجتماعی و زبانی و تحصیلی کودکان بوده‌اند (۱۲). تحقیقات گسترده‌ای بر مداخلات اعمال‌شده به‌واسطهٔ والدین انجام شده است. نتایج نشان می‌دهند که این روش مداخله، برای انواع مشکلات رفتاری دوران کودکی مدل مؤثری است (۱۳). این امر دربارهٔ کودکان مبتلا به اوتیسم نیز صدق می‌کند و می‌توان گفت که خانواده شرکای مهمی در آموزش‌وپرورش این کودکان هستند (۱۴). مشارکت خانواده و مدرسه سبب می‌شود، کودکان در کسب و تعمیم و نگهداری مهارت‌ها نتایج بهتری به‌دست آورند (۱۷-۱۵).

مهارت‌های ارتباط بین‌فردی به توانایی فرد برای برقراری ارتباط متقابل در گروه‌ها، چه کلامی و چه غیرکلامی، اشاره دارد و همچنین به فردی که دارای مهارت‌های ارتباط بین‌فردی است و به احساسات و هیجانات اطرافیان حساس است (۱۸). رشد ارتباطات کودک فرآیندی اجتماعی بوده که به مشارکت فعال نه‌تنها ازسوی کودک، بلکه ازسوی همراهان زندگی او در امور روزمره نیازمند است. این امر به‌خصوص دربارهٔ کودکانی صدق می‌کند که با تأخیر صحبت می‌کنند؛ زیرا آن‌ها نمی‌توانند به‌اندازهٔ کافی ازنظر اجتماعی تعامل برقرارکرده و ارتباط به‌شکل مؤثر را بیاموزند (۱۹). اگر کودکان می‌توانند ارتباط برقرار کنند، پس درصورتی‌که به‌طور مؤثر بیاموزیم مادران چگونه با کودکان ارتباط برقرار می‌کنند، فرزندان ما نیز، هرچند با تأخیر، قادر به برقراری ارتباط خواهند بود (۲۰،۲۱).

تاکنون چندین روش مداخله برپایهٔ استراتژی‌های ارتباط بین‌فردی شکل گرفته است. به‌عنوان مثال، برنامهٔ سان‌رایز[2] درمانی فشرده است و والدین آن را اجرا می‌کنند. هدف آن بهبود ارتباطات اجتماعی بوده که در کودکی آغاز می‌شوند (۲۲). مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی‌بر ارتباط، فلورتایم[3] نیز رویکردی جامع متناسب با تفاوت‌های فردی کودک و خانواده و سطح رشد کودک است (۲۳). مداخله‌ای تحولی مبتنی‌بر ارتباط دیگر، آغاز زودهنگام مدل دنور[4] بوده که ترکیبی از رویکردهای تحولی کودک و علم تحلیل رفتار کاربردی است (۲۴،۲۵). درمان تعاملی بین والدین و کودک[5]، روش مشاورهٔ رفتاری خانواده، شیوهٔ دیگری است که به خانواده‌ها کمک می‌کند تا برای رسیدن به اهداف درمانی با کودکان خود کار کنند (۲۶). از دیگر مدل‌های مبتنی‌بر ارتباط به‌نام مداخلهٔ توسعهٔ ارتباط[6] بر فعالیت‌هایی متمرکز است که موجب رفتارهای تعاملی باهدف درگیرکردن کودک در رابطه‌ای اجتماعی می‌شود. درنتیجه کودک ارزش فعالیت‌های مثبت بین‌فردی را کشف کرده و انگیزهٔ بیشتری جهت یادگیری مهارت‌های لازم، برای حفظ این رابطه پیدا می‌کند (۲۷). برنامهٔ درسی آموزش واکنشی[7] نیز مداخله‌ای مبتنی‌بر تحول کودک بوده و به‌منظور اجراشدن توسط والدین و دیگر مراقبان که زمان درخورتوجهی را صرف تعامل و مراقبت از کودکان می‌کنند، طراحی شده است (۲۸).

باوجود تنوع در روش‌های بهبود روابط بین‌فردی، هنوز شواهد علمی و پژوهشی اندکی درحمایت از صحت این روش‌ها وجود دارند و همین امر سبب نگاه منفی برخی از محققان و مربیان به این شیوه‌ها شده است (۲۹). این خلأ پژوهشی به‌خصوص در ایران ملموس است؛ به‌طوری‌که فقط چند پژوهش انگشت‌شمار در این زمینه انجام شده است. به‌عنوان

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Son-Rise Program (SRP)
3. Developmental, Individual-Difference Relationship-Based Model (Floortime)
4. Early Start Denver Model (ESDM)
5. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
6. Relationship-development intervention (RDI)
7. Responsive Teaching (RT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

مثال در مطالعه‌ای تأثیر مثبت روش فلورتایم بر نشانه‌های بیماری کودکان مبتلا به اوتیسم (۳۰) و در پژوهشی دیگر تحول هیجانی کارکردی آن‌ها (۳۱) نشان داده شد. در تحقیق دیگری نیز استفاده از درمان تعاملی بین والدین و کودک سبب کاهش مشکلات رفتاری این کودکان شد (۳۲).

به‌طورکلی می‌توان گفت که مداخله‌های مبتنی‌بر ارتباط نمایندهٔ بخش چشمگیری از تاریخ اوتیسم بوده و برای افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، از عناصر مهم مداخله به حساب می‌آیند (۲۹). باتوجه به مشکلات ارتباطی کودکان مبتلا به اوتیسم و ناآگاهی والدین از چگونگی ارتباط مؤثر با کودکان‌شان، تلاش برای مداخلهٔ زودهنگام و آموزش ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به‌عنوان مهم‌ترین شرکای اجتماعی این کودکان ضروری به‌نظر می‌رسد. بااین‌وجود، پژوهش‌های اندکی درزمینهٔ تأثیر این شیوه‌ها به‌صورت متمرکز بر والدین، بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم به‌خصوص در ایران انجام شده است؛ بنابراین، مطالعهٔ حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بر افزایش مهارت‌های اجتماعی این کودکان انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌تجربی و طرح آن به‌صورت پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری تمامی مادران دارای کودک ۴ تا ۱۳ساله مبتلا به اوتیسم بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ در مرکز اوتیسم تهران خدمات دریافت می‌کردند. نمونه‌های مطالعه‌شده ۲۴ مادر دارای تحصیلات حداقل دیپلم (به جهت توانایی درک محتوای بستهٔ آموزشی) بودند که کودک مبتلا به اوتیسم در محدودهٔ سنی ۴ تا ۱۳ سال با هوش کمتراز حد متوسط داشتند. معیارهای ورود به پژوهش براساس اهداف پژوهش و بنابر دردسترس‌بودن چنین افرادی درنظر گرفته شد. این افراد به‌صورت دردسترس انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. پس‌از انجام پیش‌آزمون، پژوهشگر در گروه آزمایش، جلسات مهارت‌های ارتباط مؤثررا برگزار کرد. پس‌از اتمام این جلسات هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. لازم به‌ذکر است که به‌جهت رعایت اصول اخلاقی، پیش‌از شروع مداخله از شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌صورت کتبی رضایت‌نامه دریافت شد.

مداخله شامل ۸ جلسه آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر بود که به‌صورت کارگاهی و هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. این جلسات آموزشی شامل تمرین و آموزش مهارت‌های فرستندهٔ پیام و گیرندهٔ پیام، تمرین و آموزش مهارت‌های ارتباط کارآمد، حل تعارض و اصلاح شیوه‌های تخریب‌گر، تمرین مهارت حرف‌زدن و گوش‌دادن فعال، تمرکز بر مشکل، تشخیص تنش، تصدیق تفاوت‌ها، درخواست بازخورد، قدردانی‌کردن و مسئولیت دربرابر نقش بود. برای استخراج برنامهٔ آموزش مهارت‌های ارتباطی از برنامهٔ درسی جامع مهارت‌های اجتماعی حسین خانزاده (۴) و برنامهٔ سان‌رایز (۳۳) استفاده شد.

داده‌ها به‌وسیلهٔ پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی کودکان پیش‌از دبستان، فرم والدین، گرشام و الیوت[1] ۱۹۹۰، جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه دارای ۳۹ گویه بوده و چهار زیرمقیاس همکاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودمهارگری را می‌سنجد. والدین با انتخاب یکی از گزینه‌های «هرگز، گاهی، همیشه» رفتار فرزند خود را در موقعیت مطرح‌شده درجه‌بندی می‌کنند. هرچه نمرهٔ به‌دست‌آمده بیشتر باشد، کودک دارای مهارت‌های اجتماعی بیشتر و هرچه نمره کمتر باشد، کودک دارای مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری است. پایایی فرم اصلی این مقیاس بااستفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ بود (۳۴). در ایران نیز شهیم (۳۵) پایایی بازآزمایی را برای مهارت‌های اجتماعی در فرم والدین برابر ۰/۷۰ گزارش کرد.

۳ یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص‌های جمعیت‌شناختی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	تعداد	(درصد)	تعداد	درصد
سن (سال)				
۲۰تا۲۹	۲	۱۶/۶۶	۲	۱۶/۶۶
۳۰تا۳۹	۹	۷۵	۱۰	۸۳/۳۳
۴۰تا۵۰	۱	۸/۳۳	۰	۰
وضعیت تأهل				
متأهل	۱۰	۸۳/۳۳	۱۰	۸۳/۳۳
مطلقه	۲	۱۶/۶۶	۱	۸/۳۳
بیوه	۰	۰	۱	۸/۳۳
سطح تحصیلات				
دیپلم	۶	۵۰	۵	۴۱/۶۶

[1]. Gresham & Elliott

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

فوق‌دیپلم	۰	۰	۲	۱۶/۶۶
لیسانس	۵	۴۱/۶۶	۳	۲۵
فوق‌لیسانس	۱	۸/۳۳	۲	۱۶/۶۶
وضعیت اشتغال				
شاغل	۶	۵۰	۷	۵۸/۳۳
خانه‌دار	۶	۵۰	۵	۴۱/۶۶

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مطالعه‌شده در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و مقادیر p تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرهٔ کل و مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار p
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
مهارت‌های اجتماعی (کل)	آزمایش	۲۱/۷۵	۳/۷۴	۳۱/۲۷	۲/۹۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۲/۸۵	۱/۶۲	۲۲/۹۲	۱/۶۲	
همکاری	آزمایش	۵/۴۲	۱/۳۱	۷/۵۵	۱/۱۲	۰/۰۰۳
	کنترل	۵/۹۲	۱/۱۶	۶/۲۵	۰/۸۶	
جرئت‌ورزی	آزمایش	۵	۱/۲۰	۷/۴۵	۱/۳۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۵/۵۸	۱/۰۸	۵/۵۰	۰/۹۰	
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۵/۹۲	۱/۲۴	۸/۱۸	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۵/۷۵	۰/۷۵	۵/۶۷	۰/۷۷	
خودمهارگری	آزمایش	۵/۴۲	۱/۳۱	۸/۰۹	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۵/۳۳	۰/۶۵	۵/۷۵	۰/۹۶	

در بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرهٔ کل مهارت‌های اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن در دو گروه برابر است ($p>$۰/۰۵، F=۰/۱۸)؛ بنابراین برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون در نمرهٔ کل مهارت‌های اجتماعی، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه در نمرهٔ کل مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد ($p<$۰/۰۰۱، F=۱۳۷/۶۶).

قبل‌از بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، و خودمهارگری)، بااستفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه در بررسی مفروضه‌های این آزمون، همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون این مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده شد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن‌ها در دو گروه برابر است ($p>$۰/۰۵، F=۰/۲۵)؛ همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($p>$۰/۰۵، F=۰/۶۵).باتوجه به نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری همبستگی بین مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی، مشاهده شد که رابطهٔ معناداری بین این مؤلفه‌ها وجود دارد ($p<$۰/۰۱، df=۹) و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد. باتوجه به آزمون اثر پیلایی، آماره f تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی معنادار بود ($p<$۰/۰۰۱، F=۳۰/۳۴)؛ بنابراین، می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل ازلحاظ مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی در پس‌آزمون پس‌از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی تفاوت معنادار گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد و ملاحظه شد که مؤلفه‌های جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، و خودمهارگری ($p<$۰/۰۰۱)، همچنین مؤلفهٔ همکاری ($p<$۰/۰۱) معنادار هستند؛ بنابراین، باتوجه به این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، مهارت‌های اجتماعی را هم به‌صورت کلی بهبود می‌بخشد و هم بر تک‌تک مؤلفه‌های آن یعنی همکاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، و خودمهارگری تأثیر مثبت دارد.

۴ بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل می‌شود. تاکنون

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

پژوهشی دقیقاً با هدفی مشابه مطالعهٔ حاضر انجام نشده است؛ اما پیشینهٔ پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ اثربخشی برنامه‌هایی است که بر آموزش والدین کودکان مبتلا به اوتیسم درزمینهٔ روابط بین‌فردی آن‌ها و کودکان‌شان مبتنی هستند. نتایج حاصل از این تحقیق با نتایج چندین مداخلهٔ آموزشی که در این زمینه انجام‌شده، همسوست. به‌عنوان مثال، نتایج پژوهشی که اثربخشی برنامهٔ سان‌رایز را بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم بررسی کرد، نشان داد: مداخلهٔ فشرده متمرکز بر پرورش تعاملی که ازسوی کودک آغاز می‌شود، رفتارهای ارتباطی‌اجتماعی را در کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش می‌دهد (۲۲). نتایج چندین پژوهش نیز بیان کردند: هنگامی‌که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم براساس روش فلورتایم با کودکان‌شان ارتباط برقرار می‌کنند، توانمندی‌های این کودکان افزایش می‌یابد. به‌عنوان مثال، استفاده از این روش سبب کاهش نشانه‌های بیماری کودکان مبتلا به این اختلال‌شده (۳۰،۳۶،۳۷)، بر تحول هیجانی کارکردی آن‌ها تأثیر مثبت دارد (۳۱،۳۶،۳۷،۳۸) و ارتباطات آن‌ها را افزایش می‌دهد (۳۹).

در مطالعهٔ دیگری که والدین یاد گرفتند تکنیک‌های درمانی مدل دنور را در فعالیت‌های روزانهٔ خانواده و بازی با کودکان مبتلا به اوتیسم خود به‌کار بگیرند، کودکان آن‌ها در رفتارهای اجتماعی خود رشد و تحول پایدار نشان دادند (۴۰). داوسن و همکاران (۲۴) نیز دریافتند: اجرای مدل دنور سبب بهبودی معناداری در رفتار انطباقی و هوش کودکان نوپای مبتلا به اوتیسم می‌شود. در پژوهش دیگری که به‌منظور بررسی اثربخشی این روش بر کودکان نوپای در معرض خطر اختلالات طیف اوتیسم و خانواده‌های آن‌ها انجام شد، مهارت‌های تعامل والدین بهبودیافته و کودکان پیشرفت نشان دادند؛ اما این اثربخشی از گروهی که درمان معمول را دریافت کردند، بیشتر نبود. علت آن می‌تواند این امر باشد که ساعات مداخله در گروهی که تحت درمان معمول بودند، به‌طور معناداری بیشتر از گروه مداخلهٔ دنور بود (۴۱).

در پژوهشی نیز استفاده از درمان تعاملی بین والدین و کودک، سبب کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به اوتیسم شده و سازگاری آن‌ها را افزایش داد؛ علاوه‌براین، باعث افزایش درک مثبت والدین از رفتار کودک شد (۴۲). در تحقیق دیگری که به منظور ارزیابی اثربخشی این شیوه بر کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد زیاد انجام شد، نتایج حاکی‌از کاهش مشکلات رفتاری همهٔ شرکت‌کنندگان بود (۳۲). نتیجهٔ مطالعه‌ای موردی که باهدف بررسی تأثیر این روش درمانی بر مشکلات رفتاری در کودکی مبتلا به اوتیسم انجام شد نیز، نشان داد که به‌کاربردن این شیوه به‌وسیلهٔ والدین سبب افزایش فرمان‌برداری کودک شده و رفتارهای مخرب او را کاهش می‌دهد (۴۳).

در پژوهشی که شیوهٔ مداخلهٔ توسعهٔ ارتباط به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم آموزش داده شد، مشاهده شد که این کودکان به شکل معناداری اجتماعی‌ترشده، درارتباط متقابل بیشتر درگیر شدند، عملکرد آن‌ها در مدارس با مشارکت کمتری ازسوی بزرگسالان ممکن شد و به‌میزان چشمگیری ازخود رفتار منعطف‌تر و سازگارتر نشان دادند که این پیشرفت‌ها به‌مدت بیش‌از ۳ سال پایدار بود (۴۴).

در تحقیقی که به مقایسهٔ اثرات برنامهٔ درسی آموزش واکنشی بر کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشد و کم‌توانی‌های رشدی انجام شد نیز، هر دو گروه در عملکرد شناختی و ارتباطی و اجتماعی‌هیجانی بهبود نشان دادند که میزان آن در گروه مبتلا به اختلالات فراگیر رشد، بیشتر بود (۴۵).

براساس استراتژی‌های ارتباط بین‌فردی و روش‌های مداخله مبتنی‌بر آن‌ها، علت مشکلات کودکان مبتلا به اوتیسم را می‌توان این‌گونه توجیه کرد: افراد مبتلا به این اختلال دارای نوعی کم‌توانی هستند که درارتباط با آن، درمقابل فقدان کانون خانواده و حمایت والدین، واکنشی احساسی بروز می‌دهند (۴۶). اختلال زودهنگام و عمیق در ارتباط عاطفی بین‌فردی در کودک می‌تواند به اختلال در الگوپذیری منجر شود و این کم‌توانی‌ها در کنار هم نه‌تنها می‌توانند گویای اختلالات شخصیتی اوتیستیک در حوزه‌های شناختی و زبانی و اجتماعی باشند، بلکه حتی می‌توانند به محدودشدن و کلیشه‌ای‌بودن فعالیت‌های کودک نیز منجر شوند (۴۷). این دیدگاه به تفسیری عاطفی‌اجتماعی از اختلالات طیف اوتیسم و نیاز افراد مبتلا به این اختلال به ابراز وابستگی خود به دیگران به‌شیوه‌ای مناسب، معتقد است. براین‌اساس، رویکردهای مبتنی‌بر رابطه به‌دنبال، تسهیل عاطفه، وابستگی، پیوند و حس ارتباط هستند (۲۹). درکل، می‌توان گفت کودکان زمانی که با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، بهتر یاد می‌گیرند. کم‌توانی کودکان مبتلا به اوتیسم در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطات، فرصت‌های آن‌ها را برای یادگیری از تجارب تعاملی طبیعی که برای هر فردی رخ می‌دهد، کاهش می‌دهند. با آموزش شیوهٔ ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به این اختلال، این کودکان فرصت می‌یابند که از تعامل‌های اجتماعی خود با والدین لذت‌برده و تجارب اجتماعی بیشتری کسب کنند.

۵ نتیجه‌گیری

از مشکلات مهم والدین کودکان مبتلا به اوتیسم این است که از مؤثرترین شیوه‌های ارتباطی با کودکان‌شان آگاه نبوده و همواره در انتخاب بهترین روش دچار سردرگمی و دودلی هستند. دراین‌راستا باتوجه به یافته‌های مطالعهٔ حاضر، می‌توان پذیرفت که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان می‌شود. درنتیجه، فراهم‌کردن زمینه‌ای برای اینکه والدین کودکان مبتلا به این اختلال در آموزش و درمان آن‌ها درگیر شوند، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ اما باتوجه به محدودیت‌های پژوهش باید در تعمیم نتایج، محتاط و منتظر انجام مطالعات بیشتری در این زمینه بود. از این محدودیت‌ها می‌توان به محدودبودن نمونه به مادران به‌علت تمایل‌نداشتن پدران به‌همکاری، استفاده از شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس، مشکلاتی درزمینهٔ جلب‌همکاری مادران، دسترسی‌نداشتن به پرسشنامهٔ ایرانی و پیگیری‌نکردن نتایج درازمدت مداخله به‌علت دسترسی‌نداشتن به همهٔ افراد نمونه در درازمدت اشاره کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از مادران و کودکان عزیزی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، بسیار سپاسگزاریم.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

References

1. Samadi SA, Mahmoodizadeh A, McConkey R. A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. Autism. 2012;16(1):5–14. [Link]
2. Eren B. The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. Procedia Soc Behav Sci. 2015;197(Supplement C):207–13. [Link]
3. Levit-Binnun N, Davidovitch M, Golland Y. Sensory and motor secondary symptoms as indicators of brain vulnerability. J Neurodev Disord. 2013;5(1):26. [Link]
4. Hosseinkhanzadeh Firuzjah A, Lachinani F. Social Skills Training to Childern and Adoleseents. Tehran: Roshde Farhang Publication; 2010. [Persian] [Link]
5. Khan TM. The effects of multimedia learning on children with different special education needs. Procedia Soc Behav Sci. 2010;2(2):4341–5. [Link]
6. Wing L. The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals. Robinson; 2002. [Link]
7. Frankel F, Wood JJ. Social Skills Success for Students with Autism / Asperger's: Helping Adolescents on the Spectrum to Fit In. John Wiley & Sons; 2011. [Link]
8. Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM, Gomes PTM, et al. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. Jornal de Pediatria. 2015;91(2):111–21. [Link]
9. Howlin P. Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. J Child Psychol Psychiatry. 1998;39(3):307–22. [Link]
10. Jacobson JW, Mulick JA, Green G. Cost–benefit estimates for early intensive behavioral intervention for young children with autism—general model and single state case. Behav Intervent. 1998;13(4):201–26. [Link]
11. Arnold E, Howley M. Revealing the Hidden Social Code: Social Stories (TM) for People with Autistic Spectrum Disorders. Jessica Kingsley Publishers; 2005. [Link]
12. Amrai K, Hassanzadeh S, Afrooz GA, Pirzadi H. The effect of family-oriented social skills training program on cochlear implant users. Bimonthly Audiology. 2012;21(3):103–9. [Persian] [Link]
13. Graziano AM, Diament DM. Parent behavioral training. An examination of the paradigm. Behav Modif. 1992;16(1):3–38. [Link]
14. Azad G, Mandell DS. Concerns of parents and teachers of children with autism in elementary school. Autism. 2016;20(4):435–41. [Link]
15. Gabovitch EM, Curtin C. Family-centered care for children with autism spectrum disorders: A review. Marriage Fam Rev. 2009;45(5):469–98. [Link]
16. Simpson RL. Evidence-based practices and students with autism spectrum disorders. Focus Autism Other Dev Disabl. 2005;20(3):140-9. [Link]
17. Moes DR, Frea WD. Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families. J Autism Dev Disord. 2002;32(6):519–33. [Link]
18. Gardner H. Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences. Basic Books; 2011. [Link]
19. MacDonald JD. Communicating Partners: 30 Years of Building Responsive Relationships with Late-talking Children Including Autism, Asperger's Syndrome (ASD), Down Syndrome, and Typical Development: Development Guides for Professionals and Parents. Jessica Kingsley Publishers; 2004. [Link]
20. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. American Psychologist. 1979;32:513-31. [Link]
21. Stern DN. The First Relationship. Harvard University Press; 2009. [Link]
22. Houghton K, Schuchard J, Lewis C, Thompson CK. Promoting child-initiated social-communication in children with autism: Son-Rise Program intervention effects. J Commun Disord. 2013;46(5–6):495–506. [Link]
23. Greenspan SI. Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessments and Intervention with Emotional and Developmental Challenges. International Universities Press; 1992. [Link]
24. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. Pediatrics. 2010;125(1):e17-23. [Link]
25. Rogers SJ, Dawson G. Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement. Guilford Press; 2010. [Link]
26. Sheperis C, Sheperis D, Monceaux A, Davis RJ, Lopez B. Parent–child interaction therapy for children with special needs. The Professional Counselor. 2015;5(2):248-60. [Link]
27. Gutstein S, Sheely RK. Relationship Development Intervention with Children, Adolescents and Adults: Social and Emotional Development Activities for Asperger Syndrome, Autism, PDD and NLD. Jessica Kingsley Publishers; 2002. [Link]
28. Mahoney G, MacDonald JD. Autism and developmental delays in young children: the responsive teaching curriculum for parents and professionals: curriculum guide. Austin, Tex: Pro-ed; 2007. [Link]
29. Simpson RL, Boer-Ott SR de. Autism Spectrum Disorders: Interventions and Treatments for Children and Youth. Hawker Brownlow Education; 2007. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]

30. Aali S, Yazdi SA, Abdekhodaei MS, Chamanabad AG, Moharreri F. Developing a mixed family-focused therapy based on integrated human development model and comparing its effectiveness with Floortime play-therapy on the developmental family functioning and the functional-emotional development of children with autism spectrum disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015;17(2). [Persian] [Link]
31. Aali Sh, Amin Yazdi SA, Abdekhodaei MS, Ghanaei Chaman Abad A, Moharreri F. Family therapy-based combination therapy based on the integrated human transformation model and comparing its effectiveness with the treatment of floristic therapy on the behavioral symptoms of children with autism spectrum dysfunction and parenting stress in their mothers. Journal of psychology achivements. 2015;22(1): 25-46. [Persian][Link]
32. Hatamzadeh A, Pouretemad H, Hassanabadi H. The effectiveness of parent – child interaction therapy for children with high functioning autism. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;5(Supplement C):994–7. [Link]
33. Kaufman BN. A Miracle to Believe in. Random House Publishing Group; 1982. [Link]
34. Gresham FM, Elliott SN. Social Skills Rating System. Circle Pines. American Guidance Service; 1990.
35. Shahim S. Standardization of Social Skills Rating System for Preschool Children. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2005;11(2):176–86. [Persian] [Link]
36. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. J Med Assoc Thai. 2012;95(9):1184–93. [Link]
37. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/FloortimeTM parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. Autism. 2011;15(5):563–77. [Link]
38. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program. Autism. 2007;11(3):205–24. [Link]
39. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: a single-subject study. Can J Occup Ther. 2011;78(3):196–203. [Link]
40. Vismara LA, Colombi C, Rogers SJ. Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism? Autism. 2009 ;13(1):93–115. [Link]
41. Rogers SJ, Estes A, Lord C, Vismara L, Winter J, Fitzpatrick A, et al. Effects of a brief Early Start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(10):1052–65. [Link]
42. Solomon M, Ono M, Timmer S, Goodlin-Jones B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. J Autism Dev Disord. 2008;38(9):1767–76. [Link]
43. Agazzi H, Tan R, Tan SY. A case study of parent–child interaction therapy for the treatment of autism spectrum disorder. Clinical Case Studies. 2013;12(6):428–42. [Link]
44. Gutstein SE, Burgess AF, Montfort K. Evaluation of the relationship development intervention program. Autism. 2007;11(5):397–411. [Link]
45. Mahoney G, Perales F. Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: a comparative study. J Dev Behav Pediatr. 2005;26(2):77–85. [Link]
46. Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. Am J Orthopsychiatry. 1949;19(3):416–26. [Link]
47. Hobson RP. On psychoanalytic approaches to autism. Am J Orthopsychiatry. 1990;60(3):324–36. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.22.0]